

G R U P O DE ORIENTACION TERAPEUTICA PARA MUJERES CON DISFUNCIONES SEXUALES¹

*Heliette Saint-Jean B.,² Edith Asriel C.,² Ximena Fuentes M.,³
Hanna Bitrán³ y María Elena Zalazar³*

I N T R O D U C C I O N

El estudio que se presenta se basa teóricamente en bibliografía internacional sobre el tema (1-4) y en estudios universitarios de sexualidad realizados en Chile (5-10).

Los objetivos generales de este trabajo fueron conocer las características de la sexualidad en las mujeres consultantes y aplicar un método de tratamiento de grupo denominado "grupo de orientación y diagnóstico de disfunciones sexuales" para mujeres, que se enfocaba en la educación sexual y en la relación de pareja. Un tercer objetivo, adiestrar a los profesionales de la salud en la aplicación del método, no se presenta en este artículo. Los objetivos específicos fueron describir los datos demográficos y clínicos de las pacientes, informar sobre las características anatomofisiológicas de la res-

puesta sexual humana, indagar sobre la calidad de la interacción con su pareja y descubrir conductas alternativas que permitieran modificar la interacción.

M A T E R I A L Y M E T O D O

El grupo estudiado corresponde a mujeres que constituyen aproximadamente el 90% de las consultantes, con un promedio de edad de 41 años, de nivel educacional predominantemente bajo y nivel socioeconómico bajo, subsidiarias del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, a quienes corresponde ser atendidas en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, Santiago. Las pacientes habían sido derivadas al tratamiento por disfunción sexual y provenían del Servicio de Psiquiatría, de otros servicios del hospital y de consultorios periféricos del Area Oriente; todas habían ingresado de enero a diciembre de 1982. El motivo original de consulta correspondió a desórdenes o alteraciones

¹ Basado en un trabajo presentado a las XXIII Jornadas de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría organizadas por la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, y el Colegio Médico de Chile. Santiago, Chile, noviembre de 1983.

² Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública. Dirección postal: Casilla 6537, Correo 7, Santiago, Chile.

³ Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Santiago.

psiquiátricas o psicosomáticas, ocasión en que se detectaba la alteración sexual. Pacientes con cuadros psiquiátricos graves como psicosis, oligofrenias y cuadros orgánicos cerebrales no eran derivadas al grupo. La muestra quedó formada por 46 pacientes, sin ninguna otra selección previa.

Una vez ingresada, se registraba la información de la paciente de acuerdo con una historia que incluía los datos del primer objetivo de este estudio. Además, se administraba una encuesta de actitudes frente a la sexualidad. Completado el estudio clínico, la paciente pasaba a integrar el "Grupo de orientación" constituido por un número de 8 a 10 mujeres que asistían semanalmente a dos sesiones de dos horas de duración. Estos grupos estaban a cargo de psicólogos; participaban como observadores, médicos becados en psiquiatría y egresados de la Escuela de Psicología. En una segunda etapa estos profesionales tomaban un grupo supervisados por los psicólogos a cargo.

Durante las sesiones se trató de establecer un ambiente de confianza mutua, con una relación igualitaria y simétrica de pacientes y terapeutas. Con esto se logró la participación de todas las integrantes del grupo a las que se sugirió que informaran a la pareja sobre lo actuado. Se reforzaron las conductas positivas, tanto en el avance del conocimiento sexual como en la interacción con la pareja; se recogió información de los progresos o normalización de la respuesta sexual y se adiestró en el liderazgo del grupo a las pacientes que tuvieron éxito en cualquier etapa del aprendizaje. Un interés predominante de la técnica fue "despsiquiatrizar" las alteraciones sexua-

les por medio de un nuevo aprendizaje de la sexualidad.

El adiestramiento de los profesionales se dirigía a conocer el manejo del trabajo de grupo; lograr información sobre mujeres con disfunciones sexuales, y adquirir experiencia en el diagnóstico de disfunciones sexuales del hombre y la mujer y en el manejo de la derivación a otro tipo de tratamiento.

RESULTADOS

Se estudiaron 46 pacientes de 18 a 56 años, con un promedio de edad de 36 años; la mayoría de ellas tenían pareja (43), el nivel educacional era bajo y fluctuaba entre mujeres analfabetas y tecnicoprofesionales, con un promedio de seis años de escolaridad. La mayoría (30) eran amas de casa; el resto trabajaban en niveles bajos del sector de servicios. La mayoría era católica aunque muy pocas eran practicantes.

Se estudió la relación entre número de embarazos y número de hijos vivos; el número de embarazos oscilaba entre 0 y 14 y el número máximo de hijos vivos fue de siete. Analizando la diferencia entre número de embarazos y número de hijos, se observó una gran cantidad de pérdidas, que variaban entre uno y siete. La proporción de niños vivos en relación con el número de embarazos fue de 2:3; las pérdidas aumentaban después del tercero y cuarto embarazo. Había más mujeres en el grupo que habían sufrido pérdidas: 24 habían tenido por lo menos una pérdida, 18 ninguna y cuatro mujeres no se habían embarazado.

Características de la disfunción

Se diagnosticaron como anorgásmicas o frías 45 de las mujeres consultantes, de las cuales 22 padecían de frigidez primaria y 23 de frigidez secun-

daria. Una presentaba vaginismo. La frigidez primaria fue descrita por las participantes como un problema que tenían desde el inicio de la vida sexual con su pareja. Algunos de los factores determinantes de la frigidez primaria en el grupo estudiado están en relación con traumas sexuales (violación e intento de violación) y, preferentemente, con falta de información y con relaciones sexuales sin participación psicológica de la mujer. En la frigidez secundaria estos factores no aparecen como determinantes; en cambio, aparecen como causa importante las operaciones ginecoobstétricas, y los problemas de embarazo y posparto. Tanto en la frigidez primaria como en la secundaria existían también otros problemas concomitantes de la relación. Otros factores de frigidez que se señalaron fueron la infidelidad, el maltrato, el climaterio, los intentos de aborto, la falta de privacidad y el autodesprecio.

Al indagar sobre la historia personal, en 29% de las pacientes consultantes apareció el antecedente de violación e intento de violación. El 73% de las mujeres que sufrieron este trauma pertenecía a la categoría de frigidez primaria.

Los rasgos caracterológicos predominantes de la pareja declarados por las pacientes se clasificaron en características positivas (bueno, buen padre, etc.); características negativas (poco comunicativo, celoso, etc.), y características muy negativas (infiel, bebedor, cruel, etc.). Hubo una mayor concentración de mujeres con frigidez primaria entre las que atribuyeron características positivas y una mayor concentración de mujeres con anorgasmia secundaria en la segunda y tercera categoría.

La experiencia del grupo con respecto a la terapia indica que de las 46 pacientes estudiadas, 17 habían recibido tratamientos previos pero que estos no habían sido exitosos, ya que solo reci-

bieron “consejos, medicamentos u hormonas”, según el lenguaje utilizado.

La gran mayoría de las personas tratadas había consultado por trastornos y enfermedades diversas, tales como dolor “de cabeza”, “de estómago”, “espalda”, “nervios”, etc. y el problema de la disfunción se había descubierto en el estudio clínico inicial; una pequeña proporción consulta directamente al Servicio de Salud por su disfunción sexual o por problemas en la relación de pareja.

Como factores etiológicos psicosociales de la disfunción sexual se observa desconocimiento tanto de la anatomía como de la fisiología de la respuesta sexual, masculina y femenina (90% de las pacientes). Esta ignorancia está determinada en parte por falta de educación sexual, en general. A esto se agregan las normas culturales muy estrictas y rígidas que actúan sobre el componente psicológico de la sexualidad. El efecto de estos factores se incrementa considerablemente cuando intervienen experiencias traumáticas por violaciones o por intentos de violación.

Los grupos de orientación han logrado resultados favorables pues la actitud y conducta de algunas pacientes empiezan a cambiar desde la primera sesión y, en algún porcentaje, se restablece la función que se había detectado. Las pacientes explicaron en el grupo los cambios que experimentaron ellas mismas y el grupo familiar. Solo hubo un bajo porcentaje de fracasos en el tratamiento. Estas pacientes presentaban neurosis de carácter grave o deficiencia mental; también había pacientes con parejas muy patológicas que podrían calificarse como pacientes psiquiátricos graves sin tratamiento, y que presentan comportamientos muy agresivos frente a la mujer.

COMENTARIOS

Se observó que tanto la dispersión como el promedio de edad y el nivel educacional corresponde a las características del conjunto de consultantes del Servicio. Lo mismo ocurre con el estado civil, la religión y las actividades laborales. La gran mayoría ha tenido una sola pareja que perduraba en el momento del estudio, después de años de convivencia. Esto permite pensar que la disfunción sexual de la mujer no es un factor determinante de separación de la pareja. Como factores determinantes se destacan la falta de información sobre sexualidad (es necesario recordar que la mayoría solo alcanzó la enseñanza básica, donde no se da información sobre el sistema reproductor) y las relaciones sexuales sin participación psicológica de la mujer que enfrenta las relaciones sexuales con desagrado y angustia, especialmente entre las anorgásmicas primarias; el tercer factor que se señala es el desarrollo sexual incompleto o traumático dominado por la inhibición y la represión de la sexualidad. El hombre es percibido como peligroso y cualquier expresión sexual se sanciona moralmente.

En las anorgasmias secundarias se suman antecedentes de operaciones ginecoobstétricas, problemas de embarazo y parto, e infidelidad del cónyuge, todo lo cual produce cambio en la relación. La relación de pareja alterada es mejor aceptada por las anorgásmicas primarias, quienes se adjudican la responsabilidad tanto de la anorgasmia co-

mo de los problemas de pareja, y tienen una mala imagen de sí mismas. Esto es diferente en las anorgásmicas secundarias, quienes reaccionan con más agresividad e inculpan a su pareja del fracaso. Estas características se confirman en su percepción de la pareja.

Como otras determinantes se destacaron problemas de maltrato, el climaterio, los intentos de aborto a espaldas de la pareja y, sobre todo, la falta de privacidad en la intimidad. Sin embargo, esta falta de privacidad no se registra y por lo tanto no se resuelve. En estas parejas no aparece una búsqueda de condiciones que les permitan ni un tiempo ni un espacio necesario para ellas mismas.

Además de los factores antes mencionados de ignorancia y de educación rígida, el apego a normas de tipo religioso está en la base de una actitud de resignación, fatalismo y dependencia. Esto se refleja en la aceptación de la mujer a permanecer prácticamente recluida en su hogar; soportar todo tipo de conductas agresivas y autoritarias de su pareja sin pedir ayuda, y someterse a las relaciones sexuales impuestas por el hombre, sin decidir ni siquiera sobre la planificación de su familia. El área en que la mujer participa es la educación, mantención de la salud y transmisión de la religión a los hijos.

Es importante señalar que este tratamiento de grupo representa para la mujer un espacio, donde se habla y se estimula un lenguaje popular sobre la sexualidad y se crea un ambiente receptivo y cálido que le permite plantear sus problemas, sus dudas, sus conflictos, y donde aprende conductas alternativas para ir resolviendo su problemática individual. La paciente se va integrando paulatinamente al grupo, creándose entre las mujeres una interacción amistosa y solidaria que trasciende los límites del hospital y que se mantiene después de terminado el tratamiento.

RESUMEN

En el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, Santiago, Chile, se realizó un estudio con pacientes derivadas al tratamiento por disfunciones sexuales. Los objetivos del estudio fueron conocer las características de la sexualidad de las mujeres consultantes y aplicar un método de tratamiento de grupo denominado "grupo de orientación y diagnóstico de disfunciones sexuales" que se enfocaba hacia la educación sexual y la relación de pareja.

Como factores determinantes de las disfunciones sexuales se destacan la falta de información; las relaciones sexuales sin participación psicológica de la mujer, y el desarrollo sexual incompleto o traumático dominado por la inhibición y la represión.

Las autoras señalan que el tratamiento de grupo es una buena oportunidad para que la mujer pueda descubrir y en algunos casos solucionar sus problemas de disfunciones sexuales, por medio de la discusión franca en un lenguaje propio del grupo social a que pertenece y en un ambiente receptivo que le permita plantear sus dudas y sus conflictos. □

REFERENCIAS

- 1 Bellivean, F. y Richter, L. *La inadaptación sexual según Masters y Johnson*. Barcelona, Editorial Fontella, 1981.
- 2 Masters, W. y Johnson, V. *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires, Editorial Intermédica, 1978.
- 3 Salzman, L. Mitos sexuales recientemente desacreditados. In: Taylor, D. L. *Desarrollo sexual humano*. México, Editorial Educatex, 1973.
- 4 Krauskopf, D. y Ladrón de Guevara, L. *Opiniones y actitudes hacia la sexualidad*. Dasuch, 1967.
- 5 Muldman, F. et al. La unidad de la mujer en el ámbito hospitalario: sus proyecciones en terapia sexual. Presentado en: Quinto Congreso Nacional de Psicólogos Clínicos, Santiago, Chile, 1985.
- 6 Hall, F. M. Los hombres, la anticoncepción y el aborto. *Cuad Med Soc* (Santiago) 10(3), 1969.
- 7 Hill, R., Stycos, J. M. y Back, K. W. *The Family and Population Control. A Porto Rican Experiment in Social Change*. Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1957, p 373.
- 8 Reichert, C. Bases culturales de las actitudes sexuales. In: Taylor, D. L. *Desarrollo sexual humano*. México, Editorial Educatex, 1973.
- 9 Cole, M. Sex therapy: a critical appraisal. *Br J Psychiatry* 147:337-351, 1985.
- 10 Fewerhacker, O. et al. Psiquiatría en el Hospital General. Características en un consultorio externo de psiquiatría. Uso de una nueva clasificación de las enfermedades mentales: D.S.M. III. In: *III Jornadas Chilenas de Salud Pública*, Santiago, Universidad de Chile, 1983.

SUMMARY

THERAPEUTIC GROUP COUNSELING FOR WOMEN WITH SEXUAL DYSFUNCTIONS

A study of female patients referred for treatment of sexual dysfunctions was conducted in the Psychiatric Ward of Salvador Hospital, Santiago, Chile. Its purposes were to determine the characteristics of the participants' sexuality and to apply a group treatment method known as "sexual dysfunction diagnosis and counseling group" geared to education in sexual matters and relations between partners.

Salient determinants of sexual dysfunctions are lack of information, sexual relations without the psychological involvement of the woman, and incomplete or traumatic sexual development dominated by inhibition and repression.

The authors note that group therapy offers women a good opportunity to discover and in some cases to solve their sexual dysfunction problems through candid discussions in the ordinary language of their social group, in a receptive environment where they can comfortably express their doubts and conflicts.

Materiales de educación sobre salud y nutrición

El Centro de Documentación sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna (Clearinghouse) de Washington, DC, informa acerca de los siguientes materiales educativos sobre salud maternoinfantil y nutrición, disponibles en español y portugués. El conjunto de diapositivas "¿Por qué lactancia materna?" hace hincapié en los costos económicos y sociales de la disminución de la lactancia natural y ofrece una imagen clara y expresiva de los beneficios de la lactancia para la madre, el niño y la sociedad. Está dirigido a autoridades y profesionales de salud y otro personal encargado de tomar decisiones. Debe pedirse a: UNICEF México, Ave. Presidente Masaryk 29, México 5, DF, México. La videocinta "El camino de la salud" explica las medidas básicas de salud y nutrición que interesan a los padres de familia y centros de salud locales. Trata, entre otros temas, de la vigilancia del crecimiento, lactancia natural, inmunización, higiene, diarrea y rehidratación oral. Debe solicitarse a: Universidad de las Naciones Unidas, Toho Seime Building, 15-1 Shibuya Z-Chome, Shibuya-Ku, Tokyo 150, Japón. "Cobrão" es un sencillo juego de cartas a base de preguntas y respuestas sobre la salud, que fomenta la participación y discusión de grupos comunitarios, escolares y de clubes de madres. Puede obtenerse de: Associação Brasileira de Tecnologia Alternativa na Promoção da Saúde (TAPS), Caixa Postal 20.396, CEP 04034 São Paulo, Brasil.